Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental

The more you prevent the more you have to remedy

Jubel Barreto[i]

RESUMO
O presente trabalho propõe-se a reabrir a discussão sobre a aplicabilidade da prevenção aos programas de saúde mental. Embora não se negue que medidas preventivas de caráter geral possam ter o efeito de reduzir a prevalência ou a gravidade do adoecimento mental, argumenta o autor que a compatibilidade entre o clássico modelo de prevenção e o modelo em curso da reforma assistencial em saúde mental é problemática. Defende que um programa de saúde mental que adota como quadro de referência o esquema de prevenção hierarquizado em níveis tende a abdicar do traço essencial da reforma psiquiátrica, que é a centralidade da noção de sujeito e do valor da narrativa, bem como a garantia de um lugar social para aquele que foge à norma. Ilustrando com o caso de Juiz de Fora, conclui o autor, e recorrendo a uma distinção de Norberto Bobbio, que a prevenção só se aplica ao campo da saúde mental em seu sentido procedimental, nunca no sentido substancial.
Palavras-chave: Psiquiatria; Psiquiatria Preventiva; Saúde Mental.

ABSTRACT

The goal of this study is to reopen the discussion on the applicability of prevention in Mental Health programs. Although it cannot be denied that in general, preventive measures have the power to reduce the seriousness of mental diseases, the paper's author points out that compatibility between the classic model of prevention and the current one is highly polemic. The paper argues that a mental health program that adopts, as a reference, a scheme of prevention based on hierarchical levels would be quite questionable, as it would tend to move away from the main point of psychiatric reform, which is the focus on the concept of subject and on the value of narrative, as well as on the guarantee of social space for those who are different. Taking Juiz de Fora as an example, the author, citing Norberto Bobbio, makes it clear that prevention is only applicable in the Mental Health area in its procedural essence, but never in its substantial essence.
Key words: Psychiatry; Preventive Psychiatry; Mental Health.

"Na verdade, o problema não é decifrar
os padrões das doenças mentais do futuro próximo;
a questão é prever que tipos de laços sociais, que valores,
que cultura e que tipo de homem se está hoje projetando".
(Manuel Desviat)

1 INTRODUÇÃO

1.1 Modelos de prevenção

Imerso em seu labirinto, K., numa conhecida passagem de "O Processo", de Franz Kafka, procura o pintor Titorelli na esperança de obter dele alguma informação sobre o processo a que devia atender, sem conhecer do que era acusado, e espanta-se ao constatar a

absoluta indiferença do pintor, que apenas lhe parece burocraticamente interessado em lhe mostrar o quadro em que estava trabalhando. K. parece primeiro reconhecer um juiz, mas logo se contém e se aproxima do quadro para observá-lo em detalhes. “K. não conseguia explicar a si mesmo o que era aquela grande figura que ocupava o centro do espaldar do trono e perguntou ao pintor o que significava. A figura ainda precisava ser um pouco trabalhada, respondeu o pintor; pegou um bastão de pastel de uma mesinha, passou-o um pouco pelas bordas da figura, mas sem com isso torná-la mais nítida para K.

- É a Justiça - disse finalmente o pintor.

- Agora já a reconheço - disse K. - Aqui está a venda nos olhos e aqui a balança. Mas com asas nos calcanhares e em plena corrida?

- Sim - disse o pintor -, tive de pintar assim por encomenda; na verdade é a Justiça e a deusa Vitória ao mesmo tempo.

- Não é uma boa vinculação - disse K, sorrindo. - A Justiça precisa estar em repouso, senão a balança oscila e não é possível um veredicto justo.”

O diálogo prossegue até que o pintor retoma o trabalho, fazendo com que aos poucos se formasse em torno da cabeça do juiz uma sombra avermelhada em forma de raios em direção à borda do quadro; “a figura parecia avançar de uma forma especial nessa claridade, quase não lembrava mais a deusa da Justiça, nem tampouco a da Vitória, agora se assemelhava por completo à deusa da Caça. O trabalho do pintor atraía K. mais do que ele queria; mas no fim censurou-se por estar ali havia tanto tempo, sem que no fundo tivesse empreendido alguma coisa em prol de sua causa.

- Como se chama esse juiz? - perguntou repentinamente.

- Não posso dizer - respondeu o pintor.” (KAFKA, 1968)

Nos dias que correm, quando a idéia de promoção da saúde vai se firmando como um valor absoluto e fora de questão, é quase uma heresia apontar alguma restrição, mínima que seja, ao consenso em torno das virtudes da prevenção. E, no entanto, é preciso indagar, em qualquer circunstância, se a noção de prevenção em saúde mental é uma hipótese que resiste ao teste de validação, tanto no plano epistemológico quanto no das conseqüências, que pode acarretar no plano da ética. Nesse ensaio não pretendo argumentar que a prevenção em saúde mental seja uma impossibilidade teórica ou prática, mas que pode revelar-se, na dependência da acepção em que é tomada, como um engodo teórico e uma aporia ética.

Há uma noção clássica de prevenção que se ancora, como muito bem se sabe, na também clássica equação da história natural da doença (ou do processo saúde-doença), que

pode ser resumida na interação linear entre a agressão do agente patogênico e a vulnerabilidade do hospedeiro. Toda a epidemiologia que se pretende apoiada nos cânones científicos estruturou-se na matriz, cujos operadores são agente, vetor e hospedeiro. Nesta equação, o papel do vetor representa o conjunto de variáveis (biológicas, ambientais, etc.) que se interpõe entre o agente patógeno e o organismo sadio, estabelecendo um intervalo entre o momento da causa e o da sua conseqüência, e propiciando o tempo da intervenção preventiva. Ainda que o alvo da ação preventiva não esteja propriamente no vetor (mas, por exemplo, no ataque ao fator antigênico ou no fortalecimento da resistência de anticorpos do hospedeiro), a presença de um vetor (real ou virtual) é o que estabelece uma separação entre agente e hospedeiro, abrindo um hiato entre eles, que é o *tempo da intervenção preventiva*. Há, portanto, uma seqüência que é linear e temporal entre a patogenia e a patologia que supõe elos, cujo encadeamento a prevenção desfaz.

Em larga medida, o modelo de prevenção baseado no paradigma da causalidade linear credenciou-se ao prestígio de que ainda desfruta por ter possibilitado um tipo de operação com o rigor que se inspira nos métodos de purificação e isolamento da ciência experimental, que tanto fascínio exerceu e exerce sobre o pensamento médico.

Apesar disso, a matriz deste dispositivo metodológico da epidemiologia, não obstante sua racionalidade e os inegáveis méritos do modelo conceitual que propicia, não encontra oportunidade de plena aplicação fora do âmbito de concepções determinísticas e ontológicas da doença ilustrada pelos processos infecto-contagiosos, estendendo-se a outros processos patológicos só mediante ajustes que lhe subtraem parte de sua precisão. No campo das doenças auto-imunes, por exemplo, o paradigma clássico da causalidade linear esbarra em sérias limitações, frente às quais já há quem postule que a idéia de doença auto-imune deveria ceder lugar para a de uma síndrome geral, resultante de agregações de características estruturais e funcionais, que só se apresenta como doença no registro das singularidades (CASTIEL, 1994).

1.2. Prevenção e psiquiatria

O reducionismo desse paradigma tem, ainda assim, o seu charme. Para ilustrá-lo, basta olhar em volta e recapitular de que modo a medicina obstina-se em fundar o seu conhecimento em concepções ontológicas da doença, encontrando, se não nas bactérias ou nos vírus, na função de uma enzima ou na estrutura molecular, algo que corporifique uma causa e explique a cadeia de eventos que culminam no efeito-doença. Pretendeu-se que um

bem sucedido capítulo da psicossomática tenha recebido a extrema-unção sob as lentes que isolaram o *Helicobacter pilorii*. Nas décadas recentes, assiste-se ao esforço da psiquiatria para aderir, constrangidamente eufórica, embora tardiamente, a esse quadro conceitual reducionista, lançando ao mar uma riquíssima tradição clínica que passa por Jaspers e Freud, em troca do prato de lentilhas dos procedimentos investigativos quase experimentais, entrevistas estruturadas e escalas que conferem certa eloqüência ao relato de resultados freqüentemente banais (SERPA, 2001). Não faço esta afirmação pretendendo uma invalidação ingênua do impressionante avanço das hipóteses e descobertas da neurociência, mas para denunciar uma apropriação rudimentar desse avanço pela nova geração de psiquiatras que sonha com uma psiquiatria que totalize os seus enunciados nos limites do laboratório.

É curioso observar que a psiquiatria, cujo objeto lhe reservaria um papel de vanguarda no esforço por alcançar paradigmas que corrigissem as distorções de um esquema já reconhecido como demasiado simplista para muitas das doenças somáticas, pareça tão entusiasmada em sua ofensiva reducionista, por vezes francamente fisicalista[2]. É um tema que tem suscitado análises interessantes, incluindo desde interpretações que levam em conta a hegemonia da ideologia (inclusive científica) dos Estados Unidos até a pressão exercida por corporações que investem na pesquisa, síntese e comercialização de psicofármacos[3], passando por mudanças culturais envolvendo novas modalidades de arranjos identitários dos indivíduos imersos no turbilhão de imagens do mundo midiático, com transformações da experiência da temporalidade, desvalorização da narrativa, novos padrões de apropriação do corpo, etc. Não pretendo estender-me aqui nesse vasto campo de problematização, mas aludir a ele apenas para indicar que o *upgrade* a que assistimos na psiquiatria não resulta apenas do avanço do conhecimento e da tecnologia, como também da convergência de fatores muito mais complexos e velados.

A rigor é preciso lembrar que essa orientação da psiquiatria contemporânea em direção às hipóteses de cunho biológico tem precedentes. Durante toda a última metade do século XIX o pensamento psiquiátrico ficou aprisionado a hipóteses cientificistas, a maioria delas meramente fantasiosas, que inspiraram tratamentos muitas vezes cruéis. Em trabalho anterior (Barreto,1998), sugeri haver entre o pensamento psiquiátrico de fins do século XIX e o atual certas afinidades oriundas de semelhanças entre a *atmosfera* científico-cultural e política daquela época e a da nossa.

Uma das grandes dificuldades do pensamento epidemiológico que sustenta a formulação de estratégias preventivas consiste em abdicar do clássico modelo da história

natural da doença de Leavell e Clark, cuja renúncia, ainda que parcial e requerida por fatores inerentes a algumas patologias, implica perda de pureza metodológica e, supostamente, de potencial resolutivo, razão pela qual os modelos de prevenção credenciam-se tanto mais a serem tomados como científicos e eficientes quanto mais puderem ajustar-se a ele e quanto mais puderem estruturar-se como concatenação de intervenções hierarquizadas.

O campo da saúde mental é permanentemente assombrado pela dúvida em relação à possibilidade teórica de incorporar a idéia de ações preventivas e, por isso, um dos grandes trunfos de que dispõe a psiquiatria de orientação biológica é o alarde com que pode assumir um modelo de prevenção e, ainda melhor, um que transponha ao campo da psiquiatria o modelo *puro* da prevenção estruturada em níveis. Todavia, esta é uma vantagem apenas aparente e que - este é o argumento que tenciono desenvolver - acarreta perigos contra os quais já devíamos estar definitivamente vacinados.

2 PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL?

A prevenção em saúde mental pode existir como possibilidade teórica? Não me refiro aqui às seqüelas mentais de doenças de etiologia orgânica tóxicas, infecto-contagiosas, carenciais, etc., que são prevenidas por medidas profiláticas no âmbito da medicina geral; nem à devastação psíquica que pode resultar de situações extremas de privação física ou emocional, que são prevenidas por medidas de proteção social (COSTA, 1984). Indago se a psiquiatria pode dispor de fundamentos teóricos minimamente consistentes para prevenir os quadros mais rotineiros que compõem a demanda de cuidados psiquiátrico-psicológicos: manifestações neuróticas e psicóticas ou transtornos de personalidade e de conduta. Diante da inegável necessidade de se reconhecer que não há como se detectar antecipadamente a patologia mental de que poderá sofrer o indivíduo e, mais ainda, de definir que medida específica serviria para “vaciná-lo”, a prevenção em saúde mental opta por apoiar-se, mais ou menos explicitamente, na crença de medidas pedagógicas de efeitos profiláticos. Uma “educação para a saúde mental” seria possível ou até mesmo desejável?

Freud foi, talvez, o primeiro a negar enfaticamente a possibilidade de prevenção para as neuroses (e, por extensão, para as afecções psíquicas em geral). Outros depois dele chegaram à mesma conclusão, alguns deles tendo de experimentar o sabor amargo de expectativas frustradas e experiências fracassadas. A Liga Brasileira de Hygiene Mental, mesmo se descontadas as crenças de cunho racista de muitos dos seus representantes, não

mostrou fôlego para sobreviver aos seus decepcionantes resultados. Na década de 1960, o governo dos Estados Unidos empenhou força política e maciços investimentos em ambiciosos programas educativos em saúde mental que não resultaram em qualquer melhoria perceptível das condições gerais de saúde mental da população, mas no incremento exponencial da demanda por atendimento psiquiátrico. A psiquiatria de setor adotada na França, apesar de teoricamente mais sofisticada, resultou numa avassaladora medicalização sem deixar em seu rastro qualquer indicador confirmando a melhoria das condições de saúde mental da população (CASTEL, 1987). Na cadeia de projetos de reforma da assistência psiquiátrica, não se destaca um sequer com resultados que confirmem o efeito profilático de medidas pedagógicas para prevenir a doença mental.

3 FATORES DE RISCO

Talvez se possa argumentar que as medidas preventivas podem ser eficazes quando se desdobram nos procedimentos de busca ativa, diagnóstico precoce e intervenção acertada e imediata. Trata-se de um horizonte plausível, embora ainda não confirmado em impacto sobre as condições gerais, mas em precárias projeções da evolução de casos singulares. Em contrapartida, programas assim concebidos não escapam à padronização de um suposto "tipo psicologicamente saudável" que implica a possibilidade (mais provavelmente a inevitabilidade) de fazer com que a experiência do sofrimento psíquico, contaminada pelo vocabulário e métodos de diagnóstico da psicopatologia clínica, venha a traduzir-se nos códigos de classificação do sintoma psicopatológico. Dessa lógica provém, uma vez mais, o afrouxamento de critérios que induz à medicalização excessiva e a suspensão dos dispositivos de regulação que contêm a explosão de demanda. O acesso apressado e acrítico de clínicos gerais à psiquiatria, preferencialmente em sua versão mais estritamente biológica, tem estimulado a prescrição indiscriminada de psicotrópicos, especialmente de antidepressivos, tendendo a resultar numa situação sanitária alarmante. Teríamos, assim, nesses modelos de prevenção, assim como naqueles com ênfase na educação, o efeito paradoxal de ter como meta a promoção da saúde e como resultado a produção de doença mental.

Para o campo das doenças crônicas e degenerativas, no qual se costuma incluir o das doenças mentais, formulou-se uma outra estratégia preventiva baseada numa nova vertente da epidemiologia, que é aquela centrada na noção de *risco*. A noção de risco, apropriada pelo vocabulário técnico, surgiu da inclinação ou necessidade de se prever e tornar

mensuráveis as incertezas acerca de ganhos e perdas numa situação de jogo e refere-se à probabilidade de algum evento ocorrer. Probabilidade, por sua vez, é um conceito que abarca algo de "indefinível", indicando tanto um *grau de crença* quanto uma limitação no sentido matemático. As noções de risco e de fator de risco estão, portanto, enredadas numa imprecisão conceitual suficientemente grande para predispô-las a funcionar como conceitos-curinga, agregando valores tão heterogêneos como os oriundos de exigências pragmáticas, posições ideológicas e códigos morais (CASTIEL, 1994). Quando desvelada a noção de risco, não há mais como se reivindicar para a *prevenção baseada em fatores de risco* alguns dos atributos mais caros à cientificidade da prevenção, como a determinabilidade, a neutralidade e a objetividade.

Se são evidentes as limitações da prevenção apoiada na noção de risco para doenças crônicas e degenerativas como o câncer, o diabetes ou a arteriosclerose, mais evidentes ainda são a indigência e a gaseificação desta noção quando aplicada à doença mental.

4 LOUCURA E DOENÇA MENTAL

Por mais que se pretenda adotar um conceito naturalizado de doença mental, equiparando-a à doença orgânica, são tão insistentes as suas linhas de fuga que não há como esquivar-se à questão da natureza da doença mental. Habituamo-nos a tomar como sinônimos a loucura e a doença mental sem nos indagarmos se o processo de apropriação dessa experiência milenar enigmática que, paradoxalmente, acomete a dimensão de interioridade da razão e se inscreve no corpo, pôde ser transcrita por inteiro na gramática da doença sem deixar resíduos. A doença mental só passou a existir no final do século XVIII, no mesmo movimento que fez germinar a psiquiatria, quando o fenômeno da loucura foi traduzido em termos médicos e se tornou objeto de intervenção dos alienistas. Sob o domínio desse nascente ramo do saber médico, a loucura, tornada alienação e, em seguida, doença mental, ingressou na corrente de transposições de fenômenos físicos e morais, tendo como operador inicial dessas redescrições a anatomoclínica, que então monopolizava o poder de outorgar o passaporte para os domínios da medicina. Diante dos pífios resultados obtidos, desencadeou-se uma segunda tentativa de conter a loucura em sua nova versão científica mediante o recurso a uma noção de hereditariedade ainda muito frouxa, demasiado especulativa e ideologizada, que deu origem à célebre e arquivada teoria da degenerescência, de Morel (SERPA, 2002).

Nessa época está em curso um laborioso processo de subtração da loucura do domínio das reflexões filosóficas, das preocupações morais e das estratégias de manutenção da ordem pública e sua inscrição como doença, daí resultando sua necessidade de isolamento dentro de uma nova instituição, o hospital psiquiátrico, destinado, nos termos de Foucault (1997), à curiosa função de um retângulo botânico em que as doenças se distribuem por espécies, para que a loucura, purificada de toda a contaminação que uma secular percepção concreta havia colado à sua superfície, pudesse ser domesticada e ressurgir como doença mental em suas formas mais abstratas, objetivas e inocentes.

A miragem que a psiquiatria persegue é a de desafiar a loucura - cuja figura trágica da relação do homem com os seus fantasmas e de uma dor sem corpo (nas palavras de Foucault) dissolve-se no catálogo das doenças mentais -, a produzir sua verdade. Em contrapartida, assombrando esse esforço de produção da verdade, continuava a rondar a suspeita de que os jogos de produção de um saber sobre a loucura/doença mental podiam ser insidiosamente decididos pela cartada do poder médico, que é precisamente o que demonstra Charcot ao produzir à vista de todos, como um prestidigitador, o sintoma histérico, e exibir à sua platéia atônita uma doença mental como artefato do poder do médico (BARRETO, 2005).

Sob qualquer nome a loucura resiste. E toda a história que se seguiu testemunha a obstinação de um saber que tenta isolá-la em sua forma pura: a instituição do hospital psiquiátrico; Babinski com sua manobra para (com perdão do trocadilho) “pegá-la pelo pé”; Freud com a introdução do *setting* psicanalítico e o refinamento da noção de transferência como instrumento de decifração do discurso; tentativas hoje, como no século XIX, de reduzir ao vocabulário “neuro” toda a discursividade “psy”...

Embora correntemente se reconheça, mesmo entre não-psicanalistas, que a psicanálise trouxe para o campo da loucura/doença mental um norteamento ético imprescindível com a centralidade que conferiu à noção de sujeito e a valorização da narrativa, não há razão para se considerar indispensável que o modelo assistencial em saúde mental tenha de ser decidido por uma conversão à psicanálise - ou à psiquiatria biológica ou a alguma outra matriz descritiva do fenômeno psíquico. É preciso reconhecer que muitos dos que defendem a psicanálise entrincheiram-se em posições dogmáticas e intolerantes e reverenciam os textos de Freud e Lacan como amuletos para exorcizar os avanços das pesquisas em neurociências, como se estas representassem a mais nova versão pseudo-iluminista da barbárie e para anatematizar todo projeto de reforma assistencial como mordaça para a expressão da singularidade. Ao mesmo tempo, há que se reconhecer

também, por outro lado, o perigo totalitário que ronda o otimismo simplista de uma geração emergente de psiquiatras que não hesitaria em queimar na fogueira do fisicalismo triunfante toda uma rica tradição clínica que zelou pela preservação de um lugar para o sujeito e suas infinitas possibilidades de inventar modalidades de relação com o mundo e com os outros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de se decidir pela aplicabilidade da prevenção a um sistema de saúde mental é preciso, portanto, decidir o que se entende por doença mental. Se adotamos o pressuposto, na versão dura do fisicalismo e da biotecnologia, da identidade entre fenômenos mentais e fenômenos cerebrais, trabalhamos com o horizonte de doenças concretas e doentes abstratos, isto é, com tipologias e classificações: uma clínica sem sujeitos. Nesse caso, um modelo estruturado em bases preventivistas seria teoricamente plausível, mas estaria condenado a girar como os anéis de Saturno. Se, por outro lado, admitirmos que as versões fisicalistas indicam uma das possibilidades descritivas da experiência subjetiva de sofrimento mental, vantajosa para elucidar fenômenos num vocabulário que atende a determinadas finalidades (mas sem esgotar a totalidade descritiva dos fenômenos), abre-se a oportunidade de trazer de volta o sujeito e seu discurso para o centro da clínica, o sujeito concreto cujo padecimento resulta de interações complexas que o implicam na confluência de uma rede incessante e singular de relações. Nessa hipótese, que se revela muito mais rica epistemológica e eticamente, temos a presença de pessoas reais, sujeitos com histórias e projetos de vida, mas temos de olhar com suspeita os cânones clássicos que presidem as intervenções preventivas.

Desde meados do século passado, as mais variadas propostas de reforma assistencial psiquiátrica têm no hospital psiquiátrico e na sua lógica de segregação e cronificação a encruzilhada que lhe decide os rumos. Os diversos destinos tomados por diferentes propostas podem ser resumidos em duas direções principais; ou se propõe uma reforma limitada à modernização da lógica do asilo psiquiátrico (modernizando o regime de hospitalização ou estendendo-o para a assistência extra-muros), ou se propõe um modelo de reforma que ultrapasse o objetivo da desospitalização para alcançar o que é tido como desinstitucionalização, isto é, ruptura com a lógica de segregação do aparato psiquiátrico e instauração de uma outra clínica, menos preocupada com a correção ou controle dos desvios do que com a garantia de espaços de negociação da diferença que assegurem a presença, como cidadão, do louco/doente mental nos lugares de circulação e trocas do convívio social.

Quando a opção se dá pelo *aggiornamento*, isto é, pela modernização que mantém virtualmente incólume a lógica constitutiva da delegação psiquiátrica, o modelo adotado

pode parecer mais coerente e internamente estruturado de forma mais nítida, mas será, inevitavelmente, e ainda que o discurso tente encobri-lo, um modelo centrado na suposição de uma *expertise* médica, fadado a reproduzir todo o esquema tecnoburocrático em que se sustenta a racionalidade psiquiátrica.

Essa opção pode ser ilustrada com o caso de Juiz de Fora, onde vigora há oito anos (e ainda com sinais de sobrevida), um sistema de saúde mental ostensivamente apoiado no modelo dos níveis de prevenção, rigidamente hierarquizado, verticalizado, burocratizado, infestado de protocolos de conduta, estruturado mediante uma sucessão de "filtros" (é esta a infeliz denominação dada às passagens reguladas por critérios de inclusão/exclusão aos níveis superiores da pirâmide do sistema) e no qual, apesar dos desmentidos retóricos, aos técnicos não-médicos é reservado um papel acessório. Na posição de eixo do sistema situam-se os CRRESAMs (Centros Regionais de Referência em Saúde Mental), considerados sua "instância fundamental" e "dispositivo pedagógico-assistencial" com objetivos de "polarização de ações de referência e contra-referência" do sistema e composto de técnicos que devem confirmar ou especificar diagnósticos e instituir tratamento para os casos encaminhados das unidades básicas e, de acordo com a avaliação clínica subordinada a critérios definidos, contra-referenciá-los às unidades básicas de saúde ou referenciá-los aos programas especiais de saúde mental (PROESAM)[4]

Inútil procurar ao longo das sufocantes galerias de encaminhamento ou nos pontos de passagem dos "filtros" qualquer menção ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), previsto na reforma psiquiátrica como eixo organizador da rede assistencial territorializada e dispositivo de narrativa e convívio que anuncia um lugar social para a diferença e a loucura no círculo da cidadania. Palavras como *sujeito* e *autonomia* não chegam a ser mencionadas. Nenhuma alusão a lugares em que o sujeito possa efetivamente falar. Em termos psicanalíticos, é um sistema perverso, na acepção que lhe dá Calligaris (apud IZHAKI, 2000), que descreve a perversão como resultado da paixão instrumental que destitui o sujeito para obter o gozo da própria operação do aparelho tecnoburocrático. Não por acaso é esse modelo de clínica sem sujeito e sem vínculos reais que se vangloria de seguir à risca o clássico desenho dos níveis de prevenção. A tendência de programas assistenciais desse tipo é a de se tornarem programas de monitoramento, avolumando o contingente de crônicos e a prescrição de medicamentos. Inverte-se, desse modo, o tradicional bordão: quanto mais se previne mais há o que remediar. "O indivíduo de hoje, diz Ehrenberg, não é nem doente, nem saudável. Ele é inscrito em múltiplos programas de manutenção" (EHRENBERG, 2000, p.261).

Qual seria o lugar da prevenção no modelo da desinstitucionalização centrado no sujeito? Nesse sistema, os dispositivos assistenciais não se organizam verticalmente, mas em redes horizontais; dispõem-se sem a rigidez dos protocolos, mas com a criação permanente de formas de acolhida sintonizadas com a diversidade da apresentação da demanda; substitui os critérios de exclusão por programas de inclusão; convoca os usuários e trabalhadores de saúde mental a protagonizarem, de acordo com as especificidades dos diferentes saberes, projetos terapêuticos e de reinserção coletivos; capilarizam-se no território menos para detectar sintomas mentais do que para ativar os recursos não-protocolares de superação dos dilemas e impasses vivenciais. Nesse modelo não prevalece a preocupação de "normalizar" os indivíduos para habilitá-los ao jogo social, mas a imbricação do trabalho clínico com o usufruto da cidadania tendo as feições do local em que eles vivem. A esse modelo não se sobrepõe a grade da prevenção clássica, com quem pode caminhar junto, mas *non passibus aequis* (não com passos iguais). Prevenção, diz Franco Rotelli, "não pode ser outra coisa senão prevenção da instituição, e do seu poder de etiquetamento, seqüestro, expropriação da identidade, produção de dependência, produção de cronicidade" (ROTELLI et al.,2001, p.71). Parafraseando Norberto Bobbio (2000), pode-se acrescentar que prevalece aqui a idéia de prevenção em seu sentido procedimental e não no substancial.

Ao resignado leitor que teve a indulgência de acompanhar-me até aqui, perguntando-se, talvez, por que cargas d'água teria eu aberto a presente reflexão com a transcrição de uma passagem de Kafka, confesso que pretendia compor uma paráfrase daquele texto com um outro que denunciasse a perversão de um sistema assistencial burocratizado, sem formação de vínculos e sem lugar para o sujeito. Vejo que não preciso redigir esse fragmento. Colho-o já pronto no manual que explana e regula todo o sistema adotado em Juiz de Fora. Depois de lê-lo, o leitor poderá retornar à passagem de Kafka, que agora parecerá ganhar uma tonalidade profética:

"Concluída a fase de avaliação – que tem uma duração aproximada de cerca de 1 mês e já corresponde ao início do tratamento no PADQ-, o paciente passa para a segunda fase, que refere-se à entrada do paciente em uma ou duas das modalidades (subprogramas) terapêuticas disponíveis. Durante a fase de avaliação, caso o paciente falte, sem justificativa e sem remarcar sua consulta ou entrevista, será tentado um contato – por telefone ou por carta – a fim de remarcar nova consulta ou entrevista. Caso o paciente não demonstre interesse em continuar sua avaliação, e/ou não compareça na nova data agendada, será considerado como tendo abandonado a avaliação e só poderá ser atendido novamente no PADQ após um ano desta data, através de novo encaminhamento do CRRSM. Caso o

paciente tenha duas faltas consecutivas, ainda que as justifique, será marcado apenas para e pelo técnico com quem teve sua segunda falta: não comparecendo à próxima consulta/entrevista, também será considerado como tendo abandonado o tratamento, não podendo retornar ao PADQ pelo período de um ano."[5].

Kafka faria melhor? Talvez se limitasse a acrescentar:

- Como se chama esse meu juiz? – perguntou o paciente repentinamente.
- Não posso dizer - respondeu o guardião dos filtros.

REFERÊNCIAS

BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005. 199p.

BARRETO, J. **O besouro dentro da caixa:** reflexões sobre o projeto moderno de naturalização da mente. 1998**.** 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/UERJ. Rio de Janeiro, 1998.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. 208p.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos:** da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed., 1987. 200p.

CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz**. Campinas: Papirus, 1994. 203p.

COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 189p.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 166p.

EHRENBERG, A. **La fatigue d'être soi:** dépression et societé. Paris: Odile Jacob, 2000. 14p.

FOUCAULT, M. **Resumo dos Cursos do Collège de France**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.134p.

INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. **Protocolos de conduta do sistema municipal de saúde de Juiz de Fora.** Juiz de Fora, 2000. 121p.

IZHAKI, F. Fragilidade e malabarismos: configurações do sofrimento contemporâneo. In O sofrimento contemporâneo: nova psicanálise? **Cadernos de Psicanálise,** Rio de Janeiro, v. 22, n.14, p.119-128, 2000.

KAFKA, F. O processo. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1968.

Leavell e Clark

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. 112 p.

SERPA JR., O. D. A tranqüilidade do boi no pasto: o desafio ético-teórico da psiquiatria para o século XXI**. Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 21, p.11-31, 2002.

Submissão: maio de 2005
Aprovação: setembro de 2005

---

[1] Professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFJF.
Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.
Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 2721, sl. 706, Centro, Juiz de Fora, MG - CEP 36010-012. e-mail: jubelbarreto@yahoo.com.br

[2] Entende-se por *fisicalismo* o procedimento teórico que postula a possibilidade de se traduzir o vocabulário mental (ou intencional) nos termos do vocabulário biológico. É *fisicalismo eliminativista* quando postula a identidade entre fenômenos mentais e processos biológicos de natureza físico-química.

[3] Apesar da escassez de dados estatísticos acessíveis, umas poucas informações seriam suficientes para denunciar o escândalo representado pelo incremento do consumo de psicotrópicos, especialmente de antidepressivos, que tende a ser prescrito como "remédio multiuso". Em relação aos antidepressivos: de 1977 a 1982 (antes, portanto, do apogeu da "sociedade depressiva") o número de prescrições na França aumentou de 4.3 para 7.4 milhões (aumento de 72%); na Austrália, entre 90 e 98 o aumento no consumo foi de 185% na população geral, enquanto a população de idosos de Ontário triplicou o consumo entre 93 e 97; o consumo na população infantil tornou-se um problema de saúde pública destacadamente na Inglaterra (incremento de 75% de prescrições para menores de 18 anos, entre 2000 e 2002), mas abrange também EUA, Brasil, França, Espanha, México, Argentina, etc.

[4] V. Protocolos de Conduta do SMSM-JF (ref. supra) p.3

[5] Toda a passagem entre aspas é retirada de Protocolos de Conduta do SMSM-JF (ref. supra) p. 48-9.
PADQ= Programa de Atenção a Dependentes Químicos.
A sigla CRRSM não aparece por extenso em outras passagens do texto, mas provavelmente significa o mesmo que CRRESAM (Centro Regional de Referência em Saúde Mental).